Savaitinis gestacinio diabeto dienynas

Vardas: _____ Savaitė nuo: _____ Vienetai: _____

Mano gydymo įstaigos tikslinės vertės: _____

Mano gydymo įstaigos matavimų grafikas: _____

Data	Nevalgius	Po pusryčių	Po pietų	Po vakarienės	Pastabos / valgymo ir matavimo laikas

Užrašykite išmatuotus rodmenis. Vadovaukitės savo sveikatos priežiūros komandos laiku, tikslinėmis vertėmis ir nurodymais. Tai nėra medicininė konsultacija.